Aus der Universitäts-Augenklinik zu Würzburg.
Direktor: Geheimrat Professor Dr. F. Schieck.

Ablatio retinae bei hoher Myopie (über 8 D).

(Nach Beobachtungen
der Universitäts-Augenklinik zu Würzburg).

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Karl Johann Stoll
Assistenzarzt aus Würzburg.

Würzburg 1937

Druckerei u. Verlag wissenschaftlicher Werke Konrad Triltsch, Würzburg

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

Referent: Geheimrat Professor Dr. F. Schieck.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern in Dankbarkeit!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543526_0124

In der Ophthalmologie gibt es wohl kaum ein Gebiet, in welchem mehr Meinungsverschiedenheiten herrschen, als gerade in dem der Netzhautablösung. Namentlich um die Entstehung kristallisieren sich die meisten Theorien. Alle Ophthalmologen sind sich jedoch darin einig, daß es sich bei der Ablatio um kein einheitliches Krankheitsbild handelt, sondern, daß die verschiedensten Ursachen zur Netzhautablösung führen können, u. a. Retinitis albuminurica, Chorioiditis, Periphlebitis retinalis, Herz- und Nierenschädigungen, so auch Allgemeinerkrankungen wie Tuberkulose und Lues. Außer diesen spontan auftretenden Netzhautablösungen kann die Ablatio durch einen Unfall, d. h. durch eine von außen auf das Auge einwirkende Gewalt hervorgerufen werden.

Am auffälligsten ist die Tatsache, daß myope und besonders hochmyope Augen für Ablatio disponiert sind. In kurzen Zügen sei hier über die Anatomie des myopen Auges und dem Zusammenhang zwischen Myopie und Ablatio gesprochen.

Die Netzhaut entsteht entwicklungsgeschichtlich aus einer bläschenförmigen Ausstülpung des Gehirns. Das Bläschen entwickelt sich zu einer Duplikatur, indem der eine Bläschenpol auf den andern ruhenden zuwächst. Aus der inneren Schicht wird nun die eigentliche Netzhaut, während aus der äußeren das Pigmentepithel entsteht, welches mit der Aderhaut fest verwächst. Netzhaut und Pigmentepithel liegen dicht aufeinander, nur in der Gegend der Papille und an der ora serrata sind beide Schichten miteinander verwachsen. Diese Lage wird durch den Glaskörperdruck und durch „kapillare Attraktion" aufrecht erhalten. Werden diese normalen Verhältnisse, welche der Feinheit und leichten Verletzlichkeit der empfindlichen Netzhaut- und Pigmentepithelschichten Rechnung tragen, gestört, so kann es zur Netzhautablösung kommen. Zwei Hauptfaktoren können hier schädigend wirken:

1. Herabsetzung des Augeninnendrucks und dadurch bedingter Zug an der Netzhautinnenfläche.
2. Erhöhung des Drucks zwischen Pigmentepithel- und Netzhautschicht mit einem Nachinnendrängen der Netzhautaußenfläche.

Ursachen der Ablatio.

Was die Entwicklung der Ablatio betrifft, so werden oft bisher scheinbar normale Augen plötzlich davon befallen. Schieck meint dazu: „Eine primäre Ablösung ist überhaupt niemals vorhanden, sondern die einleitenden Veränderungen verlaufen in diesen Fällen nur so mikroskopisch fein, daß wir sie mit unseren klinischen Untersuchungsmethoden nicht aufzufinden vermögen und von dem Eintritt der Ablösung überrascht werden." Die Ursache für die Ablösung kann in der Netzhaut selbst liegen. Durch Cystenbildung besteht die Möglichkeit des Einreißens und Ablösens der dadurch gebildeten dünnen Schichten.

Nach Leber ist diese Cystenbildung durch eine Stauung der Netzhautlymphe bedingt.

A. Vogt denkt sich die Netzhautablösung dadurch entstanden, daß Glaskörperflüssigkeit durch einen Riß in der Netzhaut dringt und diese von ihrer Unterlage abhebt.

Netzhautablösung bei hoher Myopie.

Weshalb nun gerade das myope und noch mehr das hochmyope Auge zur Ablatio neigt, darüber gibt uns die Anatomie des myopen Auges Aufschluß.

Im Gegensatz zum normalen Auge ist die Achse des myopen Auges verlängert, weil sein Längenwachstum abnorm beschleunigt ist. Das Glaskörpergerüst bleibt dagegen im Wachstum zurück, wobei es linsenwärts seine ursprüngliche Lage beibehält, während in der hiervon entgegengesetzten Dehnungsrichtung ein Hohlraum entsteht, welcher sich nachträglich mit Flüssigkeit füllt. Durch dieses verschiedenartige Wachstum des myopen Auges bei keiner Möglichkeit des Druckausgleichs kommt es zur Ablatio.

Den Zusammenhang zwischen Netzhautablösung und myopem Auge fiel den Ophthalmologen schon in der Mitte des vorigen Jahrhunderts auf. Durch Vergleichsforschung fand man das vermehrte Vorkommen der Ablatio beim myopen Auge.

Graefe sah beim kurzsichtigen Auge in der Verlängerung des Bulbus einen Hauptgrund für das Entstehen der Netzhautablösung: Bei ungenügender Dehnbarkeit der Netzhaut würde eine Verlängerung des Bulbus eine Lockerung zwischen Chorioidea und Retina hervorrufen.

De Wecker betont, daß der Ablatio eine Netzhautzerreißung vorangeht.

Auch Leber hält den Netzhautriß für das Primäre, die Chorioiditis an der hauptsächlich das myope Auge leide, verursache eine Schrumpfung des Glaskörpers, welche einen Netzhautriß nach sich ziehe.

Mendoza u. a. ist Gegner dieser Ansicht. Er hält die Ablatio des myopen Auges durch eine Dehnung der Sklera hervorgerufen.

Zur Nedden lehnt die Bedeutung des Netzhautrisses bei der Ablatio ab, weil der Riß in vielen Fällen isoliert vorgekommen sei.

Vogt sieht den Hauptgrund für die Netzhautablösung beim kurzsichtigen Auge in der konstitutionell bedingten Entartung der Netzhaut. Außerdem würden Veränderungen der Gefäß- und Zirkulationsverhältnisse, besonders in der Gegend der ora serrata

Ernährungsstörungen und dadurch Ablösung der Netzhaut hervorrufen.

Im Brennpunkt der Erörterung steht u. a. das Verhältnis des Myopiegrades zur Zahl der auftretenden Netzhautablösungen.

Stein verneint einen Zusammenhang, auf seine Ergebnisse gestützt:

„Unter 265 spontan-myopischen Netzhautablösungen der Jahre 1914—1931 hatten

12%	eine	Myopie	von	1—5 D
36%	„	„	„	6—10 D
24%	„	„	„	11—15 D
28%	„	„	„	über 15 D“

Netzhautablösungen bei hoher Myopie an der Würzburger Universitäts-Augenklinik.

Von 1921 bis inkl. 1936 kamen insgesamt 26 Fälle Netzhautablösungen bei hoher Myopie zur Aufnahme. Ziel der Behandlungsmethoden war der Versuch, die störenden Momente, welche das Anlegen der Netzhaut verhindern, möglichst zu beseitigen.

War ein Netzhautriß auffindbar, so versuchte man diesen zu schließen. (Gonin). Es wurden in zwei Fällen Punktion, in vier Fällen Ignipunktur, in zwei Fällen Katalyse nach Vogt, in einigen Fällen kombiniertes Verfahren durchgeführt. In Änderung des Gonin'schen Verfahrens wurden in zwei Fällen statt dem Thermokauter der Elektrokauter mit Erfolg verwandt. In einem Fall wurde die Diathermie nach Gonin ohne Erfolg durchgeführt. In dem Gedanken, die subretinale Flüssigkeit für begrenzte Zeit zu entfernen, um dadurch ein Anlegen der Netzhaut zu erzielen, wurde in zwei Fällen die Netzhautpunktion vorgenommen. Ein Fall wurde 1926 mit subkonjunctivaler Injektion von NaCl behandelt.

In sechs Fällen, wo ein Netzhautriß nicht sicher auffindbar war, wurde eine konservative Behandlung, d. h. strenge Bettruhe, bei Einträufelung von Atropin in das erkrankte Auge, durchgeführt.

Wenn man die Schwere der Fälle, ihre schwierigen Behandlungsmethoden samt ihrer schlechten Prognose ins Auge faßt, so kann man das Behandlungsergebnis der Würzburger Univers.-Augenklinik als ein erfreuliches bezeichnen:

Behandlungsergebnis von 23 Fällen Ablatio bei hoher Myopie von 1926 bis inkl. 1936.

Unveränd.:	Geheilt:	Gebessert:	Gebessert, nachträgl. verschl.:	Verschlechtert:	Unbehand. oder sek. behandelt:
Nr. 2 Subconjunc. Injection v. NaCl.	Nr. 14 Elektrocoagulation.	Nr. 1 Netzhautpunktion.	Nr. 8 Conservat.	Nr. 3 Punktion.	Nr. 5 Iridektomie wegen Glaukom.
Nr. 16 Punktion + Kauterisation.	Nr. 17 Ignipunktur.	Nr. 4 Conservat.	Nr. 11 Ignipunktur.	Nr. 7 Conservativ.	Nr. 9 Zur Begutachtung, erscheint nicht zur Behandlung.
Nr. 24 Conservat.	Nr. 23 Elektrocoagulation.	Nr. 6 Netzhautpunktion + Kauterisation.	Nr. 18 Katalyse n. Vogt.	Nr. 12 Netzhautpunktion + Diathermie n. Gonin.	Nr. 22 Staroperation.
		Nr. 10 Punktion m. d. Craefe-Messer + Paquelin.	Nr. 13 Skleralpunktion + Elektrokauter.		
		Nr. 19 Conservat.	Nr. 15 Elektroignipunktur.		
		Nr. 21 Pergamentisierung + Perforation	Nr. 20 Conservativ.		
		Nr. 25 Katalyse n. Vogt.			
		Nr. 26 Ignipunktur.			
13,04 %	13,04 %	34,78 %	13,04 %	26,09 %	

Von 23 behandelten Fällen wurden:

17 operativ — 6 conservativ behandelt.

Bei den operativ behandelten Fällen sind:

Unveränd.:	Geheilt:	Gebessert:	Gebessert, nachträgl. verschl.:	Verschlechtert:
11,77 %	17,65 %	35,30 %	11,77 %	23,54 %

Bei den conservativ behandelten Fällen sind:

Unveränd:.	Geheilt:	Gebessert:	Gebessert, nachträgl. verschl.:	Verschlechtert:
16,67 %	÷	33,34 %	16,67 %	34,78 %

Dieses dankbare Resultat bietet folgendem Ausspruch zur Nedden's Trotz:

„Viele Ärzte starren fasziniert in einseitiger Weise auf den Netzhautriß in dem irrigen Glauben, durch Schorfbildung einen Verschluß sowie durch chemische Reizung und Diathermie eine Abriegelung erreichen und damit die Heilung der Netzhautablösung erklären zu können, wobei ihnen der Blick für die Kompliziertheit des Krankheitsprozesses sowie für das Natürliche und Selbstverständliche in der Heilwirkung der angewandten Methoden verloren gegangen ist."

Ablatio bei hoher Myopie und Unfall.

In sieben Fällen handelte es sich darum, eine Entscheidung zu treffen, ob in dem einzelnen Fall eine spontane Ablösung oder ein Trauma als Ursache der Ablösung zu werten waren. Nicht immer leicht war diese Frage zu beantworten, da Unfall- und Spontanablatio schwer auseinanderzuhalten sind. Bei Fällen mit greifbarem Traumabefund, wie perforierende Verletzung, Lidhämatom etc. war die Ursache eindeutig geklärt, im Gegensatz zu Fällen mit fehlendem Lokalbefund. In Letzterem war man auf die Angaben des Patienten hauptsächlich angewiesen. Von weiterer Wichtigkeit war das Inbetrachtziehen des Zeitraumes zwischen Unfall und Ablatio.

Von psychischem Standpunkt zu verstehen, ist die Tatsache, daß der Kranke das Bestreben hat, sein Leiden auf eine greifbare

Ursache zurückzuführen. Er wird also in Fällen, in welchen die Erkrankungsursache sehr im Vordergrund liegt, wie z. B. beim Trauma sicherlich bei der Aufnahme bzw. im Beginn der Behandlung vom Erkrankungsgrund sprechen, ganz abgesehen davon, ob es sich um ein etwaiges Rententäuschungsmanöver handelt oder nicht.

In zwei Fällen von Ablatiokranken ist in den ersten Tagen von einem Unfall keine Rede, z. B. Josef H. (Fall Nr. 11) macht bei seiner Aufnahme die Angabe: Er würde „ohne erkennbare Ursache auf dem linken Auge schlechter sehen". Bei einem Krankenhausaufenthalt zwei Jahre später bringt er die Sehverschlechterung mit einem angeblichen Unfall in Zusammenhang. In solchen Fällen die „Unfallfolge" abzulehnen, war selbstverständlich.

In zwei Fällen ist das Auftreten einer Ablatio bei hoher Myopie infolge schwerer Arbeit, also ohne jegliche Gewalteinwirkung auf das Auge eingetreten, ja in einem Fall trat Netzhautablösung beim „Bücken" ein.

Es ist dies der beste Beweis für die Auffassungen von Schieck, Zucker, Passow u. a., daß die Netzhautablösung beim kurzsichtigen und besonders beim hochmyopen Auge „durch starke körperliche Anstrengung" hervorgerufen werden kann.

Die Beweiskraft nachfolgender Fälle verstärkt sich, da es sich hier um Kranke handelt, welche keine anderen Nebenabsichten hatten, wie z. B. Rentenansprüche, und so die Aussagen ohne weiteres als einwandfrei gelten können.

So gibt z. B. im Fall Nr. 6 der Kranke an: „Daß vor 8 Tagen beim Holzspalten, wobei er sich mehrfach bücken mußte, plötzlich roter Schein vor seinem Auge (links) auftrat und er nichts mehr sehen konnte."

Im Fall Nr. 17 sagte die Kranke: „Bei der Wäsche, ohne mich vorher verletzt zu haben, bemerkte ich eine Sehverschlechterung, welche so zunahm, daß ich einige Stunden danach nur noch Schimmern wahrnehmen konnte."

Nach Betrachtung dieser hier angeführten Fälle ist es interessant zu sehen, wie sich unfalltechnisch die Reichsunfallversicherung bei der Unfallbeurteilung einschlägiger Fälle den Standpunkt zur Nedden's zu eigen macht, welcher behauptet, daß Netzhautablösungen beim myopen Auge infolge körperlicher Anstrengung nicht zustandekämen. Ein Standpunkt, welcher uns gerade bei den oben angeführten Fällen zum Nachdenken mahnt, und zur Begutachtung angewandt, leicht eine soziale Härte bedeuten kann.

Nachfolgend Auszüge der Krankenblätter der während der Jahre 1926 bis inkl. 1936 in der Universitäts-Augenklinik zu Würzburg wegen Ablatio bei hoher Myopie aufgenommener Kranken.

1. 1926. Kr.-Gesch. 26.

Personalien: Maria F., 54 Jahre, Häfnersfrau.
Vorgeschichte: F. war von Jugend auf stark kurzsichtig und hat stets links schlechter gesehen als rechts. Seit 14 Tagen besteht zunehmend starke Sehverschlechterung beiderseits.
Diagnose: Beiderseitige Myopia magna, l. Amotio retinae.
Befund bds.: R. Äußerlich o. B. Fundus: Ringförmiger Conus. In der Macula-Gegend Pigmentverschiebung.
V.R. — 17,0 sph. s = 5/15 N_1 dicht vor dem Auge.
Fundus vor der Behandlung: In der Maculagegend große, blasige Amotio, die sich in zwei Falten nach unten und temporal ausbreitet. Die Falten sind intensiv weiß gefärbt. Die Blasen durchscheinend und nur leicht opal. Ringförmiger Conus. V.L. Finger in 25 cm exzentrisch. Nach unt. Projektion richtig.
Therapie: Netzhautpunktion, temporal unten. (15. 1. 27).
Nach 14 Tagen: V.L. s = 1/30.
Beurteilung: gebessert.

2. 1926. Kr.-Gesch. 660.

Personalien: Karl F., 29 Jahre, Dienstknecht aus Deinsbach.
Vorgeschichte: Das linke Auge wurde 1926 herausgenommen, im Anschluß an eine Hornhautentzündung sei das Auge „von innen her" vereitert. Das rechte Auge habe am 1. 7. 26 einen Kuhhornstoß erlitten.
Diagnose: Myopia magna, Ablatio retinae R.
Befund bds.: R. Linse zeigt einige Pigmentpunkte auf der Mitte der Linsenvorderfläche.
V.R. —18,0 D s = 1/15 Projekt. von oben unsicher.
L.: Anophthalmus.
Fundus v. d. Behandlung: Staphyloma posticum. Beim Blick nach unten, bes. unten außen erhält man graue Lichtreflexe und erkennt helle wellenförmige Streifen.
Therapie: Subconjunktivale Injektion von physiolog. Kochsalzlösung 1—3% in absteigender Konzentration.
Letzter Untersuchungsbefund: Objektiver Befund und Visus unverändert. (22. 7. 26).
Beurteilung: Unverändert.

3. 1927. Kr.-Gesch. 734.

Personalien: Margareta G., 67 Jahre, Taglöhnersfrau aus Iphofen.
Vorgeschichte: Hat stets schlecht gesehen. Vor acht Tagen trat

plötzlich auf dem rechten Auge Verschlechterung des Sehvermögens ein (9. 9. 27).

Diagnose: Myopia permagna bds., R. Ablatio retinae.

Befund bds.: R.: äußerlich o. B. Linse: feine Trübungen, flottierende Glaskörpertrübungen.

Fundes v. d. Behandlung: Starke myopische Veränderungen am hinteren Pol, sehr breiter, ringförmiger Conus. Dicht an der Papille nach unten temporal ansetzend, große blasige Amotio. V.R. Handbewegungen dicht vor dem Auge, Projekt. fehlt bei schw. Flamme v. oben und nasal.
L.: Reizfrei, Linsen- und Glaskörpertrübungen.
V.L.: — 18,0 D sph. s = 1/30. Projekt. richtig.
10. 9. starke Vorwölbung der Netzhaut.
Tension R. u. L. 20 mm Hg.

Therapie: Punktion der Ablatio v. unten. Es fließt nichts ab.
12. 9. Unverändert. V.R. Handbewegungen Projekt. richtig, von nasal unsicher.
Wiederaufnahme 4. 10.: Klagen: Seit 2 Tagen heftige, meist rechtsseitige Kopfschmerzen.

Befund: R. Bulbus matschweich, starke Injektion. V.R. Lichtschein
20. 10. Fundus: Ausgedehnte flottierende Netzhautablösung. Nur nach oben nasal rotes Licht zu erhalten.
V.R. Lichtschein, Projekt. v. nasal unsicher.
Nach 14 Tagen: status idem.

Beurteilung: Verschlechterung.

4. 1927. Kr.-Gesch. 750.

Personalien: Elli Sch., 42 Jahre, Büchsenmachersfrau aus Suhl.

Vorgeschichte: War stets kurzsichtig. Im Frühjahr d. J. sah Patientin alles neblig, ging in fachärztl. Behandlung. Vor drei Wochen erfolgte in der Nähe der Wohnung der Pat. eine Explosion, wobei die Frau heftig erschrak. Am nächsten Tag konnte sie nichts mehr sehen. Nach einigen Tagen stellte sich das Sehvermögen wieder zum Teil ein, doch sah Patientin alles neblig, besonders die obere Hälfte der Gegenstände war dunkel. (16. 9. 27).

Diagnose: Myopia permagna, Ablatio retinae R.

Befund bds.: R. äußerlich o. B.

Fundus v. d. Behandlung: Großer Conus, besonders temporal oben. Nach unten und nasal reichende flache Amotio. In der Maculagegend feine Pigmentation und größerer weißgelblicher, älterer Herd. Anscheinend frische, gelblich-rötliche Herde mit unscharfen Grenzen. V.R. — 10,0 D sph. s = 1/30—1/20

V.N_{13} einige Buchstaben. Projekt. mit schw. Flamme richtig.
L.: Reizfrei.
Fundus: Großer ringförmiger Conus, in Maculagegend großer Fuchs'scher Fleck.
V.L. — 10,0 D sph. s = 1/30—1/20.

Therapie: Bettruhe.

Entl. Befund: 9. 10. Fundus: Conus. In der Maculagegend mehrere scharfrandige, weißgelbliche Herde, Netzhaut hier anliegend. Fundus klar, nach unten und nasalwärts noch gr. Netzhautablösung.
V.R. — 10,0 D sph s = 1/10. Gesichtsfeldverbesserung.
2 Monate post.:
Befund im wesentlichen unverändert, doch scheint die in gleicher Ausdehnung bestehende Netzhautablösung etwas flacher.

Beurteilung: Gebessert.

5. 1928. Kr.-Gesch. 248.

Personalien: Johann B., 44 Jahre, Bäckergehilfe auf Wanderschaft.

Vorgeschichte: Sieht seit 1919 auf dem linken Auge schlechter. 1922 wurde er auf dem linken Auge operiert. Das Sehvermögen war kurze Zeit besser, dann allmählich Sehverschlechterung. Seit einem Jahr Nebel und Schleier vor dem linken Auge. (19. 4. 26).

Diagnose: Myopia magna, Ablatio retinae l.

Befund bds.: V.R. — 20,0 s = 5/20.

Fundus: Großes Staphylom, myopische Veränderungen in der Maculagegend. Tension 25 mm Hg.
L.: Typische Glaukomerscheinungen. Tension: 65 mm Hg. Funktion ist auf unsicheres Erkennen von Lichtschein, nur von temporal, herabgesetzt.
29. 5. Iridektomie, Herabsinken des Druckes.
Nach Abklingen der akuten Reizerscheinungen und Klarerwerden der brechenden Medien war jetzt auch feststellbar, daß in der Tat auf dem linken Auge eine ausgedehnte Ablatio und zahlreiche Glaskörperstränge bestanden.
Entlassung: 14. 5.
Auge reizlos, Funktion unverändert.
Wiederaufnahme: 12. 3. 28. Klagen über Druckgefühl in beiden Augen.
Befund: V.R. — 25,0 s = 1/15 o. Gl. N2.
Fundus: Staphyloma posticum.
L.: Amaurose.

Entlassung: 22. 3., ohne Veränderung.
Wiederaufnahme: 4. 6. 29. Patient gibt an, im Januar 1929 in der Augenklinik zu Münster operiert worden zu sein. (Cyclodialyse?) Das linke Auge wurde dort entfernt.
Befund: L.: Anophthalmus.
V.R.: — 25,0 D sph 1/15 p. N_{4-3} in 8 cm Entfernung.

Beurteilung: Nach Vornahme einer Iridektomie am glaukomatösen Auge trat zeitweise Besserung des Zustandes ein. Schließlich doch Amaurose.

6. 1928. Kr.-Gesch. 683.

Personalien: Wilhelm R., 14 Jahre, Schmieds-Sohn aus Obernau.

Vorgeschichte: Ist stets kurzsichtig gewesen. Vor 8 Tagen trat plötzlich beim Holzspalten, nach mehrfachem Bücken, Flimmern und roter Schein vor dem linken Auge auf; konnte nichts mehr sehen.

Diagnose: Myopia magna bds. Ablatio retinae l.

Befund bds.: R.: V.R. — 18,0 D sph. s = 5/20.
L.: Reizfrei, trägt — 19,0 sph. Jac. 3,0.

Fundus v. d. Behandlung: Verschleierte, ausgedehnte Netzhautablösung nach temporal und nasal unten, in der Farbe noch wenig von der übrigen Netzhaut abhebend.
V.L. Handbewegungen. Projekt. richtig.

Therapie: Zweimalige Netzhautpunktion und Kauterisation.

Schlußbefund: Noch ausgedehnte flache Ablösung.
V.L. s = 1/60 Projekt. unsicher.

Beurteilung: Gebessert.

7. 1929. Kr.-Gesch. 193.

Personalien: Anna K., 41 Jahre, Schweizersfrau aus Seligenstadt.

Vorgeschichte: Seit 6 Wochen bemerkt die Patientin vor dem linken Auge einen Schatten. (11. 3.).

Diagnose: Myopia magna, Ablatio retinae l.

Befund bds.: V.R. — 18,0 s = 5/10 p. N_1.
V.L. — 18,0 s = 5/35.

Fundus v. d. Behandlung: Der Papillenrand ist nasal und in geringem Maße unten verwaschen. Entlang den nach nasal unten führenden Gefäßen graue Netzhautablösung.

Therapie: Bettruhe, Atropin, Druckverband. Befund am 25. 5. 29
V.L. s. = 1/60.
Amotio hat sich nach unten gesenkt.
Nach einem Jahr: Projektion bei starker Flamme nur von temporal einigermaßen richtig.
12. 6. 36 l. Amaurose.

Beurteilung: Verschlechterung.

8. 1929. Kr.-Gesch. 496.

Personalien: Josefa E., 59 Jahre, Invalidenrentnerin.
Vorgeschichte: Von Kindheit an stark kurzsichtig gewesen. Das Sehvermögen war auf dem linken Auge immer schlechter. Seit 1916 mehrfache Brillenverordnung. Seit 4 Wochen plötzlich schlechtes Sehen. Plötzlich silberne Ringe vor dem linken Auge, dann schob es sich „wie eine Wand vor das Auge".
Diagnose: Myopia magna, Ablatio retinae l.
Befund bds.: R.: —10,0 D c. 1,5 cyl. A 20° o. G. N_4. Fundus zeigt entsprechende myopische Veränderungen.
L.: V.L. Handbewegungen dicht vor dem Auge.
Fundus v. d. Behandlung: Myopische Veränderungen. Staphyloma verum. Am hinteren Pol ausgedehnte hügelige Amotio. Hellgrün-gelbliche Verfärbung.
Therapie: Bettruhe, Atropin.
Schlußbefund: Fundus: Amotio flacher, teilweise schon angelegt, bis auf Reste unten temporal.
V.L. — 15,0 D s = 1/30.
Nach 4 Jahren: V.L. Lichtschein. F.: Ablatio.
Beurteilung: Gebessert. Drei Jahre leidlich gut getan bei entsprechendem Sehvermögen, dann Verschlechterung.

9. 1930. Kr.-Gesch. 113.

Personalien: Kaspar K., 13 Jahre, Schüler.
Vorgeschichte: Schon als Kind schlecht gesehen. Vor ca. 4 Jahren Brillenverordnung. In der letzten Zeit hat das Sehvermögen etwas abgenommen.
Diagnose: Myopia magna. Ablatio retinae bds.
Befund bds.: F.R. Netzhautablösung, ausgedehnt, im unteren Drittel bis dicht an die Sehnervenscheibe heranreichend.
V.R. — 9,0 D sph. c. 1,5 D cyl. A 0°, s = 5/35.
L.: Fundus: Große durchsichtige Netzhautablösung im unteren Quadranten. Testung auf Alt-Tbc. negativ.
Entlassung: Kind ist zur Begutachtung in der Klinik gewesen. Eine nochmalige Aufnahme zwecks Behandlung wird angeraten. Kommt nicht mehr in die Klinik.
Beurteilung: Keine Behandlung.

10. 1931. Kr.-Gesch. 117.

Personalien: Margarete B., 46 Jahre, Reichsbahnassistentenfrau aus Schillingsfürst.

Vorgeschichte: Seit ungefähr 4 Wochen bemerkt die Patientin, daß das rechte Auge dunkler wird. Gestern trat plötzlich „Verdunklung" des rechten Auges ein. Die Patientin konnte fast nichts mehr sehen. (24. 2.).

Diagnose: Myopia magna, Ablatio retinae. R.

Befund bds.: V.R. Handbewegungen in einem halben Meter Entfernung.

Fundus v. d. Behandlung: Große blasige Netzhautablösung der temporalen Netzhauthälfte. Nasal zahlreiche faltige graue Abhebungen. Nasal 2^h in 14 mm Entfernung vom Limbus winkliger Riß, von zwei grauen Falten umgeben. Der Riß hat pigmentierten Deckel.
L. V.L.: — 10,0 D sph. s = 5/10 p.
Fundus: Ring-Conus.

Therapie: Markierung der Lage des Risses mittels Chin. Tusche am Limbus bei 2 Uhr. Punktion mit dem Graefe-Messer, Eingehen mit dem Paquelin.

Schlußbefund: 20. 3.:
V.L. —9,0 D sph. c. 2,0 D cyl. A 0°.
5/10—7 p.
V.R. 1/15 Gr. blasige Ablösung.

Beurteilung: Gebessert.

11. 1931. Kr.-Gesch. 304.

Personalien: Josef H., 21 Jahre, Dienstknecht aus Röttenbach.

Vorgeschichte: Seit dem 7. 5. 31 würde Patient ohne jede erkennbare Ursache auf dem linken Auge schlechter sehen, während das rechte Auge seit 1929 schlechter sieht. Aus dem Arztbrief: „1929 R. vollkommene Netzhautablösung. L. bestand eine Myopie von über 20 D mit bestvertragenem Glase von — 15 ausgeglichen.

Diagnose: Myopia magna; R. alte, L. frische Ablatio retinae.

Befund bds.: R. Fundus: Netzhaut unten, innen und temporal faltig abgehoben. Kein Riß feststellbar.
V.R. 1/60 G. b. n.

Fundus v. d. Behandlung: L. Die Netzhaut ist anscheinend überall leicht abgehoben. Von der Papille aus nach oben zu besteht eine stärkere Abhebung. In einem Sector von 20—30° ca. 6 P. D. von der Papille entfernt, sind 4 Risse gelegen: 1 großer und 3 kleinere. Der große liegt etwa ein P. D. von dem andern entfernt.
V.L. Handbewegungen temporal.

Therapie: L. Ablassen der retroretinalen Flüssigkeit bei 11^h ca. 20 mm vom Limbus entfernt. Ignipunktur mit dem Paquelin.
Schlußbefund: V.R. 1/20, V.L. 1/30 exzentrisch. Nach zwei Jahren V.R. angeblich Handbewegungen nicht erkannt. Patient bewegt sich relativ gut im Raum. Netzhaut hat sich überall gut angelegt. V.L. Amaurose. Kein Einblick wegen Cataracta complicata.
Beurteilung: Gebessert, nach zwei Jahren Verschlechterung.

12. 1932. Kr.-Gesch. 388.

Personalien: Mathilde D., 32 Jahre, Dienstmädchen in Gauaschach.
Vorgeschichte: Vor 8 Tagen sei plötzlich vor dem rechten Auge von oben her ein Schleier aufgetreten.
Diagnose: Myopia magna. Ablatio retinae r.
Befund bds.: V.R. $-9{,}0$ sph. c. $-2{,}0$ cyl. 170^0 s = 5/20.
Fundus v. d. Behandlung: Große blasige Amotio retinae, welche, nasal oberhalb der Papille anfangend, sich nach unten temporal fortsetzt. Temporal weit in der Peripherie, vier untereinander liegende Risse.
V.L. $-10{,}0$ sph. c. $-2{,}0$ cyl. 175^0 s = 5/15 N_1, Fundus: Conus myopicus.
Therapie: Nach Lokalisation der Rißstelle mit dem Perimeter unter Meridan 172^0, Netzhautpunktion mit Diathermie nach Gonin. Später nochmalige Wiederholung des Eingriffs.
Schlußbefund: 21. 8. Auge stark ciliar injiziert, sehr weich. Visus: Lichtschein. Projekt. nur von temporal.
Beurteilung: Verschlechtert.

13. 1932. Kr.-Gesch. 728.

Personalien: Elisabeth St., 54 Jahre, Landwirtsfrau aus Schweina.
Vorgeschichte: Bekam vor drei Wochen einen Schlag mit dem Kuhschwanz, in das Gesicht und rechte Auge. Einige Tage danach Auftreten von schwarzen Schatten vor dem rechten Auge. 24. 9.
Diagnose: Myopia magna, Ablatio retinae R.
Befund bds.: V.R. $-10{,}0$ D sph. s = 1/30. V.L. $-10{,}0$ D sph. 5/10, N_1 o. G.
Fundus v. d. Behandlung: Die Netzhaut ist fast ganz abgehoben, nur nasal oben liegt sie der Aderhaut an. Von der Papille nach unten zieht eine große Falte, welche sich in eine temporale größere und eine nasale kleinere teilt.
Die Macula ist verdeckt.

Therapie: R. Skleralpunktion. Betupfen der Punktionsgegend mit dem Elektrokauter.
Schlußbefund: 23. 1. 33. V.R. Projekt. bei kleiner Flamme V. unten und temp. +. Handbewegungen von diesen Seiten.
Fundus nicht zu beurteilen wegen Glaskörperblutung.
Beurteilung: Verschlechtert.

14. 1932. Kr.-Gesch. 744.

Personalien: Anton B., 47 Jahre, Landwirt aus Aschfeld.
Vorgeschichte: Patient merkt, daß seit etwa 10 Tagen sein Sehvermögen links abnimmt. Von einem Unfall ist nichts bekannt. 30. 9. 32.
Diagnose: Myopia magna, Ablatio retinae l.
Befund bds.: V.L. Handbewegungen nahe vor dem Auge. V.R. — 14,5 sph. 2/60 5/7 — 10, 0 ph. N_1.
Fundus v. d. Behandlung: Gr. flottierende Amotio, welche den ganzen oberen Teil des Augenhintergrundes einnimmt und Papille und Macula bedeckt. Bei 11 h noch im papillaren Blickfeld, großer dreieckiger Riß. Zahlreiche Glaskörpertrübungen. T.
Therapie: Nach Gabe von Mo.-Scopolamin Elektrocoagulation an lokalisierter Stelle.
Schlußbefund: 3. 11. 33. V.L. — 15,0 s = 5/25. Amotio angelegt. Koagulationsstelle fast vernarbt. Gesichtsfeld bei abgedunkeltem Licht nur noch wenig, für einen Zentimeter, eingeschränkt.
Beurteilung: Geheilt.

15. 1933. Kr.-Gesch. 30.

Personalien: Edelbert K., 13 Jahre, Schüler aus Werneck.
Vorgeschichte: Schon immer kurzsichtig gewesen, hat seit einigen Tagen „das Gefühl, als wäre ein Vorhang vor seinem linken Auge". Die Mutter ist mit 22 Jahren nach einem „Schlaganfall" erblindet. Nachträglich wird angegeben, daß der Patient einige Tage vor dem Auftreten der Sehstörung einen Ballwurf gegen dieses Auge erlitten habe. Danach habe das Auge geschmerzt. (1. 12. 33).
Diagnose: Myopia magna, Ablatio retinae l. (Wohl Tbc.-Herkunft.)
Befund bds.: V.R. — 10,0 D s = 5/15 p.
Fundus: Leichter temp. Conus.
V.L. — 8,0 D s = 3/24.

Fundus vor der Behandlung: Leichter temp. Conus. Beim Blick des linken Auge nach nasal unten ist deutlich eine Ablatio retinae festzustellen.
Therapie: 5. 12. 33. In Äthernarkose: Nach Freilegung der Sklera, Elektroignipunktur an der Stelle der Ablatio.
Schlußbefund: Großflächig ausgedehnte Amotio. Wahrscheinlich steckt hinter der sich mehr und mehr ausdehnenden Amotio ein Tbc.-Exsudat.
V.R. s = 5/15 P.
V.L. nur Fingerbewegungen vor dem Auge.
Beurteilung: Verschlechterung.

16. 1933. Kr.-Gesch. 233.

Personalien: Johann N., 39 Jahre, Dienstknecht aus Oberthulba.
Vorgeschichte: Auf dem linken Auge ist Patient schon seit 15 Jahren blind. Auf dem rechten Auge habe er wegen Kurzsichtigkeit immer schlecht gesehen. Seit 14 Tagen sieht er Funken vor dem rechten Auge. Nie eine Brille getragen.
Diagnose: Myopia magna, Ablatio retinae R.
Befund bds.: 23. 3. 33. R. Reizfrei s = 1/60 — 10,0 b. n.
Fundus v. d. Behandlung: Papille mit breitem temp. Conus. Etwa 3—4 P. D. nach temp. unten blasige, schwappende, graue Netzhautablösung. Riß nicht sichtbar.
L.: Amaurose, Cataracta complicata.
Therapie: 28. 3. 33. Punktion und Kauterisation. Es entleert sich reichlich gelbe seröse Flüssigkeit.
Schlußbefund: V.R. s = 1/60.
Beurteilung: Unverändert.

17. 1933. Kr.-Gesch. 1008.

Personalien: Margarete L., Chauffeursfrau aus Aschaffenburg.
Vorgeschichte: Nie augenkrank gewesen. Trägt seit ihrer Kindheit immer eine Brille. Vor drei Tagen bemerkte Patientin bei der Wäsche, ohne sich auf eine Verletzung erinnern zu können, rechts Sehverschlechterung, welche so zunahm, daß sie einige Stunden danach nur noch Schimmern wahrnehmen konnte. 7. 12. 33.
Diagnose: Myopia magna, Ablatio retinae R.
Befund bds.: Trägt beiderseits — 11,0 D sph. V.R. Lichtschein. Projekt. bei mittl. Flamme +.
V.L. — 12,0 D sph. s = 5/7 p.

Fundus v. d. Behandlung: R. Dicht oberhalb der Papille beginnend, frische blasige Ablatio, die sich in die Peripherie nach oben und nasal erstreckt und viele Falten aufweist.
Bei Bettruhe und Scopolamin haben sich die Falten zum größten Teil geglättet. Beim Blick nach oben wird ein sichelförmiger, großer Riß festgestellt.
Therapie: Nach Durchtrennung der Bindehaut, Pergamentisierung der Sklera mit Diathermie. Danach Perforation mit dünner Nadel. Eine Woche post. liegt die Netzhaut gut an. Die Patientin stößt sich aber beim Anziehen des Strumpfes gegen das operierte Auge.
Wiederholung der Operation 19. 2.
V.R. — 12,0 s = 1/12.
Die alte Amotio liegt zum größten Teil an. Riß noch deutlich zu sehen. Unten und temp. frische, blasige Amotio mit Einbuchtungen nach temp. zu.
Therapie: Ignipunktur.
Schlußbefund: V.R. — 10,0 s = 5/35.
O. R. in der Rißgegend chorioidischer Herd. Nasal unten noch kleine Falten. Amotio liegt sonst überall gut an.
Beurteilung: Geheilt.

18. 1934. Kr.-Gesch. 11.

Personalien: Richard S., 37 Jahre, Arbeiter aus Aschaffenburg.
Vorgeschichte: Anfang Dezember, nach längerer Krankheit (angebl. Blutvergiftung) Wiederarbeitsaufnahme. Etwa zwei Tage nach Arbeitsbeginn bemerkte Patient Punkte vor dem linken Auge und Nebelsehen. Kein Unfall, es wird jedoch schwere Arbeit betont. 5 Tage nach der Aufnahme gibt Patient an, es sei ihm ein Steinsplitter gegen das linke Auge geflogen.
Diagnose: Myopia permagna, Ablatio retinae l.
Befund bds.: V.R. — 22 D sph. s = 5/15 p.
V.L. — 25,0 D s = 5/25 p.
O.R. Staphyloma posticum.
Fundus v. d. Behandlung: L. Durchsichtige Amotio in der Gegend der Macula und nach innen oben. Gefäße geschlängelt und dunkel. Netzhaut ganz leicht getrübt. Riß nicht auffindbar. V.L. nach 14 Tagen: — 25,0 D s = 0,5/50.
Therapie: Zweimalige Katalyse nach Vogt. (L.) Vorübergehende Besserung V.L. — 12,0 s = 5/50 bei gutem Anliegen der Amotio.
Befund nach 7 Monaten: V.L. — 7,0 sph. s = 1/100.
Beurteilung: Gebessert und nachträglich weiter verschlechtert.

19. 1934. Kr.-Gesch. 453.

Personalien: Frieda R., 30 Jahre, Maurersfrau aus Jüchsen.
Vorgeschichte: Vor drei Tagen bekam Patientin einen Gummiball gegen das linke Auge. Am nächsten Tage sei ein schwarzer Strich vor dem Auge auf- und abgegangen, und am Tage darauf sei nach innen alles schwarz gewesen. Inzwischen wieder geringe Besserung.
Diagnose: Myopia magna Ablatio retinae l.
Befund bds.: V.R. — 20,0 D sph. 5/10 p.
V.L. — 20,0 D sph. s = 1/24 p.
Fundus v. d. Behandlung: Peripapilläre, bes. nasal und temp. der Papille in größerer Ausdehnung, Schlängelung der Gefäße, die Netzhaut ist zart getrübt und fein gewellt. Die Peripherie liegt gut an. Kein Riß.
Therapie: Bettruhe, Atropin.
Am 24. 5. gibt die Patientin Besserung des Sehvermögens an.
Schlußbefund: 7. 6. 34. V.L. — 20,0 D s = 3/36 p.
Beurteilung: Gebessert.

20. 1934. Kr.-Gesch. 464.

Personalien: Georg R., 40 Jahre, Arbeiter aus Großostheim.
Vorgeschichte: Patient gibt an, vor acht Tagen (am 15. 5.) beim Steinklopfen von einem ca. erbsengroßen Steinsplitter am linken Auge getroffen worden zu sein. Er hatte ca. zwei Stunden danach Schmerzen. Das Auge war nicht gerötet. Zwei Tage später bemerkte er endgültig, daß er mit dem linken Auge nichts mehr sah.
Diagnose: Myopia magna, Ablatio retinae l.
Befund bds.: V.R. — 15,0 D sph. c. — 2,5 cyl. A. 0°.
s = 5/35 — 11,0 N l.
V.L. — 15,0 D sph. c. — 2,5 cyl. A. 0°.
s = 5/35 — 5/20 — 10,0 N_3.
Beiderseits Pendelnystagmus.
Fundus v. d. Behandlung: Staphyloma posticum, Pigmentverschiebung zur Macula. Nasal und unten durchleuchtbare, flache Amotio.
Therapie: Bettruhe.
Bei mehrfacher Untersuchung konnte kein Riß festgestellt werden.
Schlußbefund: 17. 8. 34. Keine Änderung.
VL. mit — 13,0 D sph. c. — 2,5 cyl. 0°. Handbewegungen.
Beurteilung: Verschlechtert.

21. 1934. Kr.-Gesch. 634.

Personalien: Gustav B., 44 Jahre, Expedient aus Plauen.

Vorgeschichte: Im Frühjahr, während der Osterfeiertage verdunkelte sich plötzlich nach schwerem Heben das rechte Auge, die Verdunkelung schritt von innen nach außen. Behandlung mit Kochsalzinjektionen, hierauf Besserung des Sehvermögens. Am 25. 7. wieder Sehverschlechterung.

Diagnose: Myopia magna, Ablatio retinae R.

Befund bds.: Trägt r. —9,0 c. — 1,01, — 8,5 c — 1,0.
V.R. mit Brille 0,5/36 Projekt. +.

Fundus v. d. Behandlung: Nasal und oben liegt die Netzhaut an. An der Papille beginnend kleine, flache Amotio. Nach temp. und außen wird die Amotio immer mehr blasig, größtenteils mit weißen Falten. Ein Riß ist nicht zu sehen.
V.L. mit Brille 5/4 p.

Therapie: 31. 7. Nach Freilegung der Bindehaut zwischen Musc. rect. inf. und rect. med. Pergamentisierung eines breiten Gebietes, darauf dreimaliges Perforieren mit der spitzen Nadel.

Schlußbefund: V.R. mit Brille 1/36.
Fundus: Brennstelle gut zu sehen. Netzhaut liegt um letztere gut an, ebenso nach temp. und oben, nach unten blasige Amotio.

Beurteilung: Gebessert.

22. 1934. Kr.-Gesch. 606.

Personalien: Friedrich W., 53 Jahre, fr. Bühnenmeister aus Aschaffenburg.

Vorgeschichte: Patient ist schon von frühester Jugend an kurzsichtig. Er trug mit 14 Jahren Gläser von — 8,0 sph. bds. 1914 bds. — 14,0 sph. 1922 hatte er am linken Auge eine Netzhautablösung, bekam dazu links den grünen Star. Die Netzhautablösung war nach dem Urteil der Augenärzte inoperabel. Allmählich erblindete das linke Auge.
Rechts trug er 1922 bis 1930 — 16 D sph. 1930 trat am rechten Auge ein schwarzer Streifen auf. Wegen Ablatio wiederholte Operation. 1930 wurden Risse in der Netzhaut festgestellt. Dieselben konnten zum Teil zum Anlegen gebracht werden.

Befund bds.: V.R. Fingerbewegungen vor dem Auge.
Projekt. von allen Seiten normal.
L.: Amaurose.

Die Linsen beider Augen sind diffus getrübt. Ophthalmoskopisch kein Einblick bds.

Extractio lentis mit komplikationslosem Heilungsverlauf.

Schlußbefund: V.L.: Handbewegungen, Projekt. bei mittl. Fl. +. (1. 4. 35.)

Beurteilung: Nach erfolgter Star-Operation wenigstens Erhaltung des Lichtscheins, sonst kein Eingriff.

23. 1934. Kr.-Gesch. 655.

Personalien: Anna St., 35 Jahre, Dienstmädchen aus Wiesen.

Vorgeschichte: Außer Kurzsichtigkeit keine Augenerkrankungen. Seit einiger Zeit ist das Sehvermögen rechts stark herabgesetzt. (8. 8. 34.)

Diagnose: Myopia magna, Ablatio retinae r.

Befund bds.: VR. Handbewegungen.

V.L. — 9,0 D sph. s = 5/15.

Fundus v. d. Behandlung: R.: Conus temporalis, Netzhautriß, hufeisenförmig, peripher oben innen, zwischen 2 und 3 h. Flache Ablatio, die sich gegen die Papille hin erstreckt. Der Riß resp. dessen Scheitel befindet sich genau 2^{15} h, ungef. 1/3 P. D. von der Papille entfernt.

Therapie: Elektropunktion: Nach Schnitt in der Bindehaut oben innen, Abpalpieren. Blutstillung. Marmorisierung der Sklera mit stumpfer Elektrode, dann Perforation.

Entlassungsbefund: Amotio liegt vollständig an, Rißstelle zeigt weiße und braune Verschorfung.

V.R. — 8,0 D sph. s = 5/20.

2 Monate post.: Rißneubildung.

Therapie: Ignipunktur: Pergamentisierung und dreimalige Perforation.

Schlußbefund: V.R. — 8,0 sph. s = 4/35, o. Gl. N_3.

Fundus: Die Ablösungsstelle erscheint multipel grau, die übrige Netzhaut ist intakt.

Beurteilung: Geheilt.

24. 1935. Kr.-Gesch. 899.

Personalien: Josefine K., 44 Jahre, o. Beruf, Würzburg.

Vorgeschichte: Patientin ist von frühester Jugend an kurzsichtig. Sie benötigte jedes Jahr ein neues Glas. Seit ungefähr einem Monat schmerzt das rechte Auge. Die Sehkraft ist seit dieser Zeit viel schwächer geworden. Seit ungefähr 8 Tagen kann die Patientin fast nichts mehr erkennen.

Diagnose: Myopia permagna, Ablatio retinae R.
Befund bds.: V.R. — 22,0 D s = 1/24 p.
V.L. — 21.0 D s = 1,5/50.
Fundus v. d. Behandlung: Flache, zentrale Ablösung der Netzhaut in Umgebung der Papille, leicht flottierend, nach allen Seiten weit in die Peripherie reichend.
Therapie: Bettruhe, Atropin.
Schlußbefund: 13. 11. Unveränderter Befund des Augenhintergrundes.
V.R. s = 0,5/36.
Beurteilung: Unverändert.

25. 1935. Kr.-Gesch. 206.

Personalien: Albin R., 38 Jahre, Landwirt aus Obereisenheim.
Vorgeschichte: Patient hat immer schlecht gesehen. Trägt eine Brille bds. — 10,0 D sph. Im Alter von 5 Jahren Hornhauterkrankung. Vor 3 Tagen bemerkte er plötzlich auf der nasalen Seite des rechten Auges einen schwarzen Schimmer, temporal schwarze Punkte. Am nächsten Tag hatte alles einen blauroten Schein. (8. 3.).
Diagnose: Myopia magna, Ablatio retinae R.
Befund bds.: V.L. 1,5/60 — 10,0 sph. 3/60 N_9 Ja. bds.
V.R. 0,5/60 — 10,0 sph. 1/60 N_{13} irregul.
Fundus v. d. Behandlung: Gr. myopischer Conus. Beim Blick nach oben außen, blasenförmige, frische Amotio, unterer Rand etwa 3 P. D. weit nach oben von der Papille. Bei 10^h im Bereich einiger Netzhautfalten rißverdächtige Stellen.
12. 3. Bei 10 Uhr 2 deutliche Risse zu sehen.
Therapie: 16. 3. Katalyse nach Vogt.
14 Tage post oper., Amotio lichtarm.
Befund: 1. 5. 35:
V.R. — 3,0 s = 1/35.
O: temp. oben liegt die Netzhaut an. Im Bereich der durch die Katalyse geschlossenen Risse, weiße, punktförmige Aderhautnarben.
Beurteilung: Gebessert.

26. 1935. Kr.-Gesch. 534.

Personalien: August Z., 37 Jahre, Dienstknecht aus Kirchzell.
Vorgeschichte: Ist seit Kindheit bds. stark kurzsichtig. Auf dem rechten Auge seit etwa 12 Jahren ohne ersichtliche Ursache

erblindet. Vor 3 Jahren bei Glasverordnung auf dem linken Auge gut gesehen. Vor einer Woche bemerkt er morgens eine Sehverschlechterung, glaubte, daß die Sonne und die grelle Hitze daran schuld seien. Sturz vom Futterwagen an diesem Tag, dabei Stöße gegen die linke Kopfseite. Das Sehvermögen nahm seit diesem Fall sehr ab. (4. 7.)

Diagnose: Myopia magna, Ablatio retinae l.

Befund bds.: R.: Amaurose.

L.: V.L. Handbewegungen. G. b. n.

Fundus v. d. Behandlung: L.: Teilweise blasige Amotio retinae.

Therapie: Strenge Bettruhe, subkonjunctivale Injektionen.

Einen Monat post.: V.L. s = 0,3/15 mit — 20,0.

Entschluß zur Operation: Ignipunktur.

Schlußbefund: 7. 1. 36. V.L. — 20,0 D Fingerzählen in knapp 1 m.

Beurteilung: Gebessert.

Zum Schluß der Arbeit möchte ich Herrn Geheimrat Professor Dr. Schieck für die freundliche Überlassung des Themas und die Übernahme des Referates meinen ergebensten Dank aussprechen.

Literatur-Übersicht.

Bartels: Netzhautspaltung, Netzhautrisse, Netzhautablösung. Klin. Mbl. f. Augenheilk. 96 (1936).

Gramer E.: Abriß der Unfall- und Invaliditätskunde des Sehapparats. (1912).

Gonin: Über anatomische Ursachen der Netzhautablösung. Bericht der ophthalmolog. Ges., Heidelberg 1925.

Hertel-Axenfeld: Lehrbuch und Atlas der Augenheilkunde.

v. Hippel: Über meine bisherigen Ergebnisse bei der operativen Behandlung der Netzhautablösung. Klin. Mbl. f. Augenheilk. 1934.

Latte: Zur Geschichte der Netzhautablösung. Zeitschr. für Augenheilk. 1934.

Leber: Die Krankheiten der Netzhaut, Band 2, Handbuch der gesamt. Augenheilk. v. Graefe-Sämisch-Heß. 2. Auflage (1916).

Leplat: Durch Traumen bedingte Änderung des intraoculären Druckes beim Menschen. Zbl. f. d. g. Ophthalm. 1926 II.

zur Nedden: Netzhautablösung als Unfallfolge. Kl. Mbl. f. Augenheilk. Bd. 86 (1931).

— Netzhautablösung als Folge indirekter Verletzung. Mtschr. für Unfallheilkunde u. Vers.-Medizin, 40. Jahrg. 1933.

Passow: Netzhautablösung und Unfall. Kl. Mbl. f. Augenheilk. Bd. 95 1935.

Schieck: Netzhautablösung und Unfall. Münch. Medizin. Wochenschrift Nr. 3 1935.

Schieck-Brückner: Kurzes Handbuch der Ophthalmologie Bd. I, II u. V.

Schweitzer: Über das Zustandekommen der spontanen Netzhautablösung. Inaug.-Diss. Würzburg 1936.

Vogt: Zur Heilung der Netzhautablösung mittels Ignipunktur des Risses. Schweizer Medizin. Wochenschrift Bd. 1 1929.

— Cystoide Degeneration als Ursache großer Ora-Abrisse der Netzhaut. Kl. Mtsbl. f. Augenheilk. Bd. 96 1936.

Wagemann: Verletzungen des Auges mit Berücksichtigung der Unfallversicherung. Handbuch der gesamten Augenheilk. II. Teil, 1915.

Lebenslauf.

Am 27. April 1907 wurde ich, Karl Johann Stoll, als Sohn des Hutfabrikanten Stephan Ignaz Stoll und seiner Ehefrau Katharina, geb. Meinzinger, in Würzburg geboren.

Ich besuchte die Volksschule meiner Heimatstadt, sodann die Oberrealschule und legte im Frühjahr 1929 die Reifeprüfung der Oberrealschule Aschaffenburg ab.

Dem Studium der Medizin oblag ich ausschließlich an der Universität Würzburg, wo ich am 19. Juli 1933 das Medizinische Staatsexamen bestand.

Als Medizinalpraktikant war ich an der Medizinischen Klinik der Universität Würzburg tätig. Seit Juni 1936 war ich in der Chirurgischen Abteilung des Juliusspitals Würzburg, nach Erhalt der Bestallung als Arzt, als Assistenzarzt tätig.

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und außer der angegebenen Literatur keinerlei weitere Hilfsmittel dazu benützt habe.

Würzburg, 19. Februar 1937.

Karl Johann Stoll.